Diss. Montpellier
1900.

Serinelli

N° 35

RELATION

D'UNE

ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE

A SEPTÈMES (Bouches-du-Rhône)

CONSIDÉRATIONS

SUR LES RECHUTES ET LE POUVOIR CONTAGIEUX

DE LA ROUGEOLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Mars 1900

PAR

Félix SERINELLI

Né à Bonifacio (Corse), le 9 février 1865

ANCIEN INTERNE DE L'HOSPICE CIVIL D'AJACCIO

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE (CONCOURS 1893 ET 1894)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD.
LUGDUNAT.
BIBL.

MONTPELLIER

G. FIRMIN ET MONTANE, IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène	MM.	BERTIN-SANS. ✻)
Clinique médicale		GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM.	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agrégé.
Pathologie générale		RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRASSET (✻), *président.*	MM. RAUZIER, *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.*	VIRES, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON BEAU-PÈRE ET A MA BELLE-MÈRE

Hommage de profonde reconnaissance.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUTE MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

F. SERINELLI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GRASSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

F. SERINELLI.

AVANT-PROPOS

Au mois de juillet 1899, au cœur de l'été par conséquent, nous eûmes l'occasion d'observer, à Septèmes, l'éclosion d'une épidémie de rougeole, faisant suite probablement à celle qui avait sévi à Marseille quelques mois auparavant, et dont les victimes furent nombreuses.

Malgré la bénignité générale de la maladie, nous avons cru bien faire de prendre comme sujet de notre thèse inaugurale la relation de cette épidémie, en raison des complications et cas divers qu'elle nous a présentés, nous faisant ainsi comprendre qu'il ne faut pas jongler avec elle.

Dans ses admirables cliniques, Trousseau rapporte l'observation d'une épidémie qu'il eut l'occasion d'observer à Necker, en 1845 et 1846 ; sur vingt-quatre enfants atteints de rougeole, vingt-deux furent emportés par les complications pulmonaires. « Ce chiffre, dit-il, donne la mesure de l'épouvantable gravité de cette affection, et, tel médecin qui, jusque-là avait considéré la rougeole comme une maladie bénigne, apprendra dans ces tristes circonstances à la redouter. Lorsque, il y a 37 ans, je commençais l'exercice de la médecine, les deux premiers malades auprès desquels je fus appelé étaient deux individus atteints de rougeole, une enfant de onze ans, une servante de vingt et un ans ; toutes deux succombèrent à la broncho-pneumonie qui, chez l'une, fut compliquée de pleurésie. Je jugeai, dès cette époque, que la rougeole pouvait être une maladie sérieuse. »

Tout récemment, Vallin a lu à l'Académie de médecine une note, dans laquelle il attire l'attention sur l'augmentation croissante du nombre des décès causés par la rougeole à Paris ; la statistique démontre, en effet, que la rougeole est actuellement la plus meurtrière de toutes les maladies infectieuses. Tandis que le nombre des décès dus à la fièvre typhoïde, la diphtérie, la coqueluche, la scarlatine, etc., va en diminuant depuis cinq ans, celui des victimes de la rougeole augmente progressivement ; il a été de 865 en 1898, et de 904 en 1899.

Cette différence paraît devoir être attribuée à l'emploi de plus en plus fréquent d'une désinfection rigoureuse au cours et à la suite des maladies dont la déclaration est obligatoire. Si la rougeole n'est pas inscrite au nombre de ces maladies, c'est parce qu'on admet que, la virulence du germe morbilleux étant passagère, la désinfection intervient trop tard pour être efficace.

Mais il y a lieu de remarquer d'abord que le contage de la rougeole ne perd peut-être pas sa virulence aussi vite qu'on le dit et ensuite qu'on ne meurt pas de la rougeole proprement dite, mais presque toujours de ses complications, dont la plus fréquente est la broncho-pneumonie (1).

La question des rechutes et de la contagion de la rougeole a soulevé, ces derniers temps, des discussions intéressantes. Il nous a été donné d'observer un cas de rechute et deux cas rares de contagion, étudiés dans des circonstances très précises.

Nous apporterons simplement dans notre travail nos modestes observations, qui nous permettront de conclure qu'une épidémie de rougeole, bénigne en apparence, peut revêtir un caractère de malignité, suivant le milieu où elle évolue, et

(1) *Semaine médicale*, 21 février 1900.

avoir, comme on le soupçonne, une virulence plus grande qu'on ne l'admet généralement.

Nous n'avons pas la prétention d'enrichir la science de faits nouveaux ; nous savons que tout ce que nous relatons dans ce modeste travail a été déjà observé, mais nous croyons faire œuvre utile en apportant quand même notre petite pierre à l'édifice clinique tout fait d'observations.

Voici quelle sera la division de notre sujet :

Après quelques mots d'historique et une courte topographie de Septèmes, nous traiterons la rougeole au point de vue clinique ; nous relaterons ensuite nos observations, que nous ferons suivre de quelques considérations sur les rechutes et contagion de la maladie, et nous terminerons par quelques réflexions et un dernier chapitre consacré à l'hygiène rurale.

Mais avant d'aller plus loin, nous nous empressons d'adresser à nos anciens maîtres de l'Ecole de Médecine de Marseille nos remerciements les plus cordiaux pour les marques de sympathie qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer. Que MM. les professeurs Fallot, Laget, Nepveu, Combalat, Villar, auxquels nous devons notre éducation clinique, veuillent bien nous conserver leur amitié, dont nous sommes très fier.

Nous n'aurions garde d'oublier notre jeune et distingué maître et ami, M. le professeur Boinet, agrégé des Facultés, qui n'a cessé de nous témoigner sa plus affectueuse sollicitude, en nous aidant de ses conseils éclairés, marqués au coin d'une très grande érudition.

Que M. le docteur Coste, médecin en chef des hôpitaux de Marseille, soit assuré de notre dévouement et de notre plus affectueuse gratitude, pour l'amitié dont il nous honore et les précieux renseignements qu'il nous a donnés avec tant de bienveillance pour la rédaction de notre travail.

Nous remercions aussi notre cher ami, le docteur Acqua-

viva, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour la parfaite bonne grâce avec laquelle il nous a secondé dans nos recherches.

M. le docteur Cauro, chirurgien en chef de l'hospice civil d'Ajaccio, qui a été notre maître pendant les deux années que nous avons passées comme interne dans son service, a droit à tous nos remerciements pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté, et le dévouement avec lequel il nous a appris les principes de la chirurgie et de la déontologie.

Merci à tous ceux qui, de près ou de loin, se sont intéressés au succès de nos études.

Nous garderons une reconnaissance très vive à M. le professeur Grasset pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

RELATION

D'UNE

ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE

A SEPTÈMES (Bouches-du-Rhône)

CONSIDÉRATIONS SUR LES RECHUTES ET LE POUVOIR CONTAGIEUX DE LA ROUGEOLE

HISTORIQUE

Nous ne ferons pas l'historique de la rougeole ; il a été fait d'une façon complète par Remignard (1) dans sa thèse inaugurale. Nous nous contenterons de dire, étant donné le but modeste que nous poursuivons, but qui consiste à relater simplement l'épidémie que nous avons observée dans le rayon où nous exerçons, que les auteurs attribuent à Rhazès, qui vivait au IX^{e} siècle, la première description de l'exanthème morbilleux.

Avicenne, au XI^{e} siècle, et Constantin l'Africain, Morton, plus tard, donnèrent de la rougeole de belles descriptions. Mais ces descriptions sont peu nettes, et prouvent que leurs auteurs n'avaient pas encore su faire la distinc-

(1) Remignard. — Thèse, Paris, 1896.

tion avec les autres fièvres éruptives, avec la scarlatine, que Morton considérait comme une forme de la rougeole. Uxham montre plus de précision. Il faut arriver à Sydenham, pour trouver un travail sérieux sur la question, qui fut complètement différenciée des autres pyrexies. Au XVIII[e] siècle, Rosen, Walson, Willan, de nos jours Rilliet et Barthez, Sanné, Trousseau, dans ses leçons cliniques, Cadet de Gassicourt, ont attaché leur nom à cette maladie et, comme on dit, ont laissé peu à glaner au point de vue clinique. Les Allemands ont signalé, depuis quelque temps, une fièvre éruptive spécifique, la rubéole, qui a jeté la confusion dans l'esprit des cliniciens les plus distingués. Beaucoup d'auteurs ont mis en doute l'existence de cette maladie, qui ne serait qu'une forme atténuée de la rougeole, tandis que d'autres refusent énergiquement d'approuver son existence (Sanné).

Jaccoud emprunte à la littérature allemande les principaux traits des quelques lignes qu'il a consacrées à la rubéole.

Les observations de MM. Lecorché et Talamon, (*Etudes médicales*, 1881, page 604, de Bourneville et Bricon), la description d'une épidémie de rubéole par Arnozan, dans le *Journal de médecine* de Bordeaux, 15 décembre 1889, les travaux de Comby, Didier, Hutinel, enfin la thèse de Delastre, Paris 1883, ont répandu une lumière vive sur le *rœtheln* des Allemands et ont mis à peu près tout le monde d'accord pour octroyer droit de cité, dans le cadre nosologique, à cette entité morbide.

Les lois de la contagion de la rougeole semblaient s'être précisées par les recherches de Béclère, Grancher, Sevestre et Bard; mais, actuellement, surgissent des discussions, appuyées par des observations, rares il est vrai, mais incontestables, sur le point d'établir si la virulence

de la rougeole est vraiment aussi faible qu'on le croyait dans le temps. Bard affirmait qu'un enfant admis dans une salle où a séjourné un morbilleux, quelque temps après le départ du malade, n'y était jamais contagionné.

Les observations de contage tardif ou indirect (Catrin, Renard, Lemoine), que nous possédons, nous mettent en garde contre cette prétendue faiblesse de la virulence morbilleuse.

La question des rechutes et des récidives a été récemment soulevée par Meissner et, depuis, des observateurs nombreux se sont levés pour démontrer la possibilité d'un exanthème morbilleux se reproduisant après avoir disparu.

La microbiologie n'a pas encore donné de résultats certains, mais les travaux de Coze et Felz, en 1871, de Babès et de Caman, Morel et Mosny et, tout récemment, de Lesage, nous font espérer que le jour n'est pas loin où l'école pasteurienne dira son dernier mot sur la rougeole, qui cessera d'avoir des secrets au sujet des rechutes et des récidives et de la contagion.

Nous ne terminerons pas cette étude sans dire un mot sur la sérothérapie, qui a été essayée dernièrement, mais qui n'a pas réalisé les espérances qu'elle promettait.

TOPOGRAPHIE DE SEPTÈMES

Septèmes est un petit village de 1800 habitants, situé à 11 kilomètres de Marseille, sur la route d'Aix. Il se trouve au centre d'un cirque de collines complètement privées de végétation. Le sol et le sous-sol sont franchement calcaires. L'eau de boisson, dont la fraîcheur, en été, rappelle celle de Vizzavona (Corse), provient d'une source située au nord-est du village, et de puits nombreux. Les vents les plus fréquents sont ceux du nord, nord-ouest et du sud. Quoique les maladies épidémiques soient rares à Septèmes, les conditions hygiéniques laissent beaucoup à désirer, surtout dans la partie centrale du village. Du reste, c'est dans cette partie centrale que l'épidémie s'est pour ainsi dire confinée. Les maisons, petites, mal éclairées et mal aérées, sont souvent d'une propreté plus que douteuse. En somme, les règles les plus élémentaires de l'hygiène sont aussi ignorées et aussi mal pratiquées que possible. Les trois quarts de cette population ouvrière gravitent autour de la prospérité de la grande fabrique de produits chimiques Duclos et Cie.

ÉTIOLOGIE

Labadie accorde à la constitution saisonnière une influence très grande sur l'épidémie de rougeole qui a sévi à Montpellier et aux environs en 1881. « Avant l'appparition de la rougeole, dit-il, les alternatives de chaud et de froid, de temps sec et de temps humide, avaient favorisé l'éclosion d'autres maladies. La première fut la coqueluche, la seconde la scarlatine, affections ayant pour siège de prédilection l'appareil bronchique et pulmonaire.

» Il y avait donc, dans la constitution médicale régnante une prédisposition, un état, qui faisait que l'organisme avait une tendance particulière, une facilité anormale, à être frappé par des affections se manifestant du côté des muqueuses bronchiques et pulmonaires. »

A Septèmes, aussi, nous avons observé, avant l'apparition de la rougeole, plusieurs cas de coqueluche et une véritable épidémie de scarlatine bénigne, mais nous sommes loin de rendre la constitution médicale de notre région responsable de l'épidémie de rougeole et de lui reconnaître sur elle une action directe ou indirecte.

Le contage seul, à notre avis, direct ou indirect, doit supporter la responsabilité de l'éclosion de cette fièvre éruptive et, si nous admettons que la rougeole est créée par un microorganisme dont la virulence ne s'éteint pas aussi facilement qu'on l'a cru jusqu'à nos jours, nous

accorderons une grande valeur au fait que le germe morbilleux a pu être importé chez nous de Marseille. Le premier cas qui s'est présenté à notre observation a été celui d'un enfant de deux ans, fils de X..., épicier à Septèmes. Cet épicier, qui se rend deux fois par semaine à Marseille pour les besoins de son commerce, a eu des relations directes avec une famille éprouvée par la rougeole. Il y avait dans cette famille deux jeunes enfants de 5 et 3 ans en pleine éruption.

Serons-nous dans l'erreur en adoptant l'hypothèse que ce père, venu d'un milieu infecté, ait pu contagionner son enfant qui n'avait pas été mené en ville depuis trois mois ?

Nous pourrions trouver un autre élément étiologique, dans la contagion directe de l'enfant X... par un morbilleux de passage à Septèmes, et se trouvant seulement à la période d'incubation. Or, nous savons que, d'après les discussions récentes, la rougeole est contagieuse à toutes ses périodes, et que, pendant les jours qui précèdent l'invasion, le morbilleux ne présente souvent aucun trouble capable de faire soupçonner l'affection dont il est déjà atteint.

Ce morbilleux, entré dans l'épicerie, aura pu infecter l'enfant et créer des foyers d'infection divers, s'il a séjourné tant soit peu dans le village.

Nous n'accordons aucune signification au sexe, à l'hérédité, au tempérament, à l'existence ou non d'une maladie antérieure ou actuelle.

Aucun enfant au-dessous de six mois n'a été atteint par la rougeole, même dans les familles où se trouvaient deux et trois morbilleux.

Les enfants de 3 à 10 ans ont été le plus frappés.

Les adultes, cependant, de 20 à 35 ans, au nombre de trois, ont payé, eux aussi, leur tribut à la rougeole.

SYMPTOMATOLOGIE

Tout le monde sait que l'on a l'habitude de distinguer, dans l'évolution de la maladie, quatre périodes : incubation, invasion, éruption, desquamation. Nous adopterons cette division pour l'étude de la symptomatologie que nous avons observée au cours de l'épidémie qui nous occupe. Sauf quelques rares exceptions, les symptômes présentés par nos malades ne se sont écartés nullement du type clinique d'une rougeole bénigne et normale décrite par tous les auteurs classiques. Il s'en faut, cependant, que tous les sujets envahis aient offert les mêmes particularités aux différentes périodes de la maladie.

Incubation. — Quelques auteurs signalent des malaises multiples à cette période ; pour notre part, nous n'avons jamais rien constaté d'anormal jusqu'au moment de l'invasion, qui se produisait ordinairement huit à dix jours après l'infection.

Le praticien, en dehors des hôpitaux, à la ville ou à la campagne, a rarement l'occasion d'étudier l'incubation dans la rougeole, par le fait qu'il n'est souvent appelé auprès du malade qu'à la période d'invasion ou d'éruption. Cependant, lorsque, dans une famille nombreuse qui comprend quatre ou cinq enfants en bas âge de un à

douze ans, il nous est donné d'observer un cas ou deux de rougeole, nous pouvons affirmer que ceux qui restent ne tarderont pas à payer leur tribut à la fièvre morbilleuse. Tant que cette fièvre n'a pas apparu, le médecin ne doit pas hésiter à considérer ces derniers comme des morbilleux à la période d'incubation. Nul n'ignore que, lorsque la rougeole assiège une famille où pullule l'élément infantile, elle n'a pas l'habitude d'attaquer les uns et de respecter les autres.

Nous avons pu voir, dans un cas, deux frères, âgés de 10 à 12 ans, envahis presque en même temps par l'éruption et deux autres, plus jeunes, semblant défier la maladie sous les apparences d'une santé florissante. Pendant que les frères aînés étaient sous l'empire de la fièvre et du catarrhe des muqueuses qui l'accompagne, les cadets n'accusaient aucun trouble pathologique, mangeaient, buvaient et dormaient bien. Ils étaient pourtant en incubation, puisque, peu de jours après, ils présentèrent à leur tour les prodromes de l'invasion.

De pareils faits se sont présentés plusieurs fois à notre observation, et jamais nous n'avons constaté de malaises, vomissements, épistaxis, perte d'appétit ou autres.

Nous croyons, avec Guinon, que les malaises multiples décrits par certains auteurs à la période d'incubation sont liés à une invasion précoce, ou à des phénomènes étrangers à l'infection morbilleuse.

Girard, de Marseille, et Dumas, de Cette, dans des observations très précises, ont toujours vu l'incubation se fixer à 12 ou 14 jours. Cependant, M. Girard, dans une seconde communication (*Bull. de la Société Médicale des Hôpitaux* de Paris, 1869), assigne à cette durée 13 ou 14 jours, à l'époque comprise entre le contact et le moment

où parait l'éruption, ce qui réduirait l'incubation à 10 ou 11 jours.

Nos observations personnelles nous ont permis de contrôler l'exactitude de ces renseignements fournis par un clinicien d'une si grande valeur.

Invasion. — Du malaise, de l'abattement général, de la céphalalgie, des frissons suivis de chaleur et de sueur, avec accélération du pouls, surtout à l'entrée de la nuit, tels sont les premiers phénomènes que nous avons observés chez la plupart des morbilleux que nous avons pu voir avant l'éruption. Eternuement et signes d'un coryza souvent intense, yeux rouges, larmoiements, picotements incommodes, épistaxis, qui prit, chez une fillette de 10 ans, des proportions tellement graves que nous fûmes obligé de pratiquer le tamponnement des fosses nasales.

L'ensemble de ces signes, auquel se joignaient le boursoufflement de la face et des lèvres, la rougeur des joues, était caractéristique au deuxième jour. La langue n'avait généralement rien de spécial, elle était blanche, saburrale, rouge sur les bords. Sur le voile du palais et sur la muqueuse buccale, nous avons noté plusieurs fois l'énanthème caractérisé par de petites taches rouges, un piqueté fin qui, d'après d'Espine et Girard, permettrait de porter un diagnostic précoce. Quatre fois, nous avons pu distinguer le signe de Kopplick, que nous décrirons plus loin, et qui aurait, d'après cet auteur, une très grand valeur diagnostique.

Cet énanthème précédait ordinairement de quelques heures, parfois de deux ou trois jours, l'éruption cutanée.

La toux n'a manqué que dans un cas (observ. VII); elle était ordinairement peu fatigante, grasse, à timbre parti-

culier, toux qu'on est convenu d'appeler férine ; du côté de la poitrine, l'auscultation ne révélait souvent rien, quelquefois un peu de rudesse au niveau des grosses bronches, ou des sibilants. Notons en passant un cas de broncho-pneumonie (obs. V), que nous avons observé à cette période. L'anorexie était presque la règle, et la soif très vive. Deux ou trois fois, nous avons observé des vomissements très tenaces, pendant deux jours consécutifs; quelques jeunes malades ont eu de la diarrhée, d'autres de la constipation.

Les urines étaient généralement rouges. Les enfants en bas âge ont présenté quelquefois des troubles nerveux, qui n'ont pas atteint une grande intensité.

La fièvre a dépassé rarement 39° ; son évolution a souvent varié ; elle a affecté, le plus souvent, le type rémittent, irrégulier, avec défervescence matinale incomplète, et, dans ce cas-là, nous avons constaté que les températures vespérales allaient généralement en montant jusqu'à l'éruption. Cadet de Gassicourt a décrit un type fébrile, caractérisé par des interruptions se produisant le deuxième, troisième ou quatrième jour, et présentant une apyrexie qui dure 24 ou 36 heures. Nous avons observé cinq ou six fois ce type fébrile.

Maintes fois, nous avons vu la fièvre présenter des rémittences et des intermittences analogues ou identiques à celles de la fièvre catarrhale.

Ces rémittences et intermittences avaient été déjà notées par Rilliet et Barthez; avant l'emploi du thermomètre, ils avaient signalé une amélioration et une défervescence passagères, qui coupent en deux la fièvre d'invasion. « Sans disparaître entièrement, la fièvre diminue tellement qu'il faut beaucoup d'attention pour la recon-

naître, les enfants ayant souvent repris leur gaieté et conservant une partie de leur appétit. Un ou plusieurs jours se passent ainsi, puis la fièvre reparaît intense, et alors on peut être à peu près sûr que l'éruption ne tardera pas à se faire. »

Eruption.— L'exanthème s'est presque toujours révélé dans la nuit. Le matin, au moment de notre visite, les parents du morbilleux nous disaient que leur enfant avait été fort agité, demandait souvent à boire, était brûlant, etc. Il y avait eu, par conséquent, une forte élévation de température avant l'éruption.

L'éruption était caractérisée par de petites taches d'un rouge vif, quelquefois analogues aux piqûres des puces, disparaissant sous la pression du doigt; se montrant d'abord sous le menton, au front et sur les joues, puis gagnant le cou, la poitrine, le dos, et s'étendant ensuite sur l'abdomen et les extrémités. Chez certains petits malades, nous avons été frappé par la présence, aux cuisses principalement et au dos, de certaines plaques d'une teinte uniforme, qui, considérées isolément, simulaient la scarlatine, mais, à leur limite, nous retrouvions des surfaces de peau saine, et elles se terminaient brusquement par un contour déchiqueté.

A partir du troisième jour, les taches commençaient à pâlir, et, comme les auteurs l'ont déjà signalé, elles ne disparaissaient plus à la pression. En quatre ou cinq jours, sept jours au plus, l'exanthème était terminé.

Nous avons observé un cas de rechute (obs. I) et un cas de rougeole ecchymotique, qui s'est terminé par la guérison (obs. VIII).

L'éruption s'est faite généralement en une poussée progressive de 24 à 36 heures.

Desquamation. — Période de convalescence. — La desquamation s'est faite, le plus souvent, dans le même ordre que l'apparition de l'exanthème et consistait en une poussière épidermique, blanche et sèche, comme farineuse ; quelquefois, elle a manqué complètement.

DIAGNOSTIC

Rien de plus facile que le diagnostic de la rougeole en pleine période épidémique; mais des hésitations nombreuses peuvent naître dans l'esprit du praticien à l'apparition des premiers cas et suivant le milieu où il exerce.

Il n'est pas de diagnostic possible avant la manifestation du catarrhe, exception faite pour les cas rares où l'énanthème pharyngé se montre précoce (Girard, d'Espine).

C'est ainsi qu'à la période d'invasion, nous observons du larmoiement, du suintement nasal, de la toux, des épistaxis, des vomissements parfois, mais ce ne sont là que des signes de probabilité, signes qui peuvent être considérés, il est vrai, comme des signes de certitude, au cours d'une épidémie, ainsi que nous l'avons dit plus haut, La grippe, la dothiénentérie, la bronchite aiguë, la scarlatine, telles sont les maladies capables, de prime abord, de tenir en suspens le diagnostic du praticien le plus exercé.

Dans la grippe à forme thoracique surtout, nous observons à peu près le même début qne dans la rougeole.

Ce n'est que la marche de la température qui pourra nous fournir un renseignement précieux. Nous n'avons jamais vu la rougeole, au début, atteindre son maximum dès le premier jour; trois, quatre jours lui sont nécessaires pour arriver lentement à 39 ou 40 degrés.

Nous ne constatons pas dans la rougeole cette rémittence nette que nous observons dans la grippe. La rougeole subit souvent, au deuxième ou troisième jour, une chute durable, à laquelle la grippe ne nous a pas habitués.

Si nous examinons la fièvre typhoïde, nous remarquons que le catarrhe oculo-nasal fait absolument défaut, la gorge présente une rougeur plus diffuse et est plus gonflée que dans la rougeole ; la céphalée est plus vive, les malaises du début sont plus intenses. Le vomissement est très fréquent, presque la règle chez l'enfant, tandis que, dans la rougeole, nous l'observons rarement. Mais, ici, comme pour la grippe, nous trouverons un élément de diagnostic dans la marche de la température ; nous savons, en effet, que la fièvre typhoïde subit régulièrement tous les soirs une ascension d'un demi-degré avec une rémission matinale légère, et elle oscille autour de 39° ou 40° vers le quatrième jour ; la rougeole n'atteint jamais pareille température avant l'éruption (Rilliet et Sanné).

L'auscultation, dans la bronchite, nous sera très utile. Les signes stéthoscopiques sont plus précoces que dans la rougeole. Il y a toujours de la fièvre, tandis que la rougeole est remarquable par l'apyrexie qu'elle offre toujours pendant la période d'invasion.

La scarlatine sera facilement distinguée de la rougeole par cette violence de début qui la caractérise. Cette température élevée qu'elle atteint brusquement à cette période de la rougeole, la dysphagie très prononcée, la rougeur et le gonflement considérable de la gorge, suffiront amplement à écarter l'hypothèse de l'invasion morbilleuse.

Nous ne passerons pas au diagnostic différentiel à la période d'éruption sans accorder une mention à un signe précoce de la rougeole, signalé par Kopplick, de New-York, signe qui rendrait les plus grands services en ce

qui touche l'isolement, s'il nous était donné de l'observer constamment. Quant à nous, il ne nous a été donné de l'observer que trois fois au cours de l'épidémie qui nous occupe.

Nous devons à la vérité de dire que nous sommes appelés, la plupart du temps, alors que l'éruption est près de pâlir et que des symptômes anormaux inquiètent les familles.

La rougeole passe toujours, aux yeux de quelques-uns, pour une maladie bénigne qui se passe des soins du médecin. Le signe de Koplick consiste en des taches blanc bleuâtre, légèrement surélevées, arrondies, ayant environ de 2 à 6 millimètres de diamètre et situées généralement au centre de petits placards hyperémiés.

Ces taches siégent habituellement sur la muqueuse des joues, parfois sur les lèvres ou à la langue.

Leur nombre varie de 6 à 20 de chaque côté, mais quelquefois on peut en compter plusieurs centaines. Dans certains cas, le phénomène est unilatéral. Pour bien voir ces taches, il est nécessaire de les examiner à la lumière du jour ou à celle d'une lampe à incandescence, la flamme d'une lampe ordinaire étant insuffisante.

Les taches de Koplick ne sont jamais confluentes et elles se distinguent des plaques de muguet par leur forme arrondie. Elles ne se laissent pas enlever par le frottement, mais on parvient à les détacher avec une pince, sans provoquer de douleur ni d'hémorragie.

Ces taches ne se rencontrent que chez les morbilleux. Jamais M. Slawyk ne les a observées dans d'autres affections, de sorte qu'il les considère comme un signe de rougeole d'une certitude absolue. Elles font habituellement leur apparition le premier ou le second jour de la période prodromique, et persistent 6 ou 7 jours (9 jours dans une observation), en augmentant de nombre pendant ce laps

de temps. Elles entrent en voie de disparition dès que l'éruption cutanée comme à pâlir. Jamais elles ne s'ulcèrent, de sorte qu'elles ne nécessitent aucune intervention thérapeutique ; elles n'ont pas, non plus, de signification particulière au point de vue du pronostic (*Semaine médicale,* 1898, p. 208, *at.*)

Période d'éruption. — Il existe des éruptions diverses à caractère morbilliforme qui peuvent donner naissance à des erreurs de diagnostic et faire prendre pour la rougeole des maladies ou affections diverses reconnaissant tout autre origine.

Le rash variolique, la scarlatine, la roséole, la suette miliaire, les roséoles artificielles ou médicamenteuses (quinine, iode, copahu, antipyrine, chloral), la rubéole, prennent parfois le masque de l'exanthème morbilleux, mais le praticien observateur aplanira facilement les difficultés du diagnostic, lorsque la maladie revêt le caractère épidémique, avec catarrhe d'invasion, surtout à la campagne, où l'épidémie n'est pas contrariée par d'autres maladies contemporaines. C'est le cas qui s'est présenté pour nous.

Si nous étudions les caractères du rash variolique, nous éliminerons de suite la rougeole, lorsque nous aurons remarqué le respect constant qu'il témoigne à la face et sa tendance, au contraire, à envahir d'emblée le tronc et tout le corps. Les muqueuses oculaires et nasales ne subissent jamais ses atteintes.

La scarlatine ne débute pas par la face non plus, et l'éruption qui la traduit, dans sa forme *variegata,* par exemple, est constituée par des taches arrondies régulièrement, sans tendance à former le croissant. Il s'en faut que la peau qui sépare ces taches soit absolument

saine ; enfin, la température élevée, l'angine qu'elle présente presque toujours, seront des éléments précieux de diagnostic. Disons, en passant, qu'il peut arriver, tous les praticiens le savent, d'observer sur un même sujet, confondues ensemble, la rougeole et la scarlatine ; mais, dans ce cas là, le diagnostic de la première sera inscrit à la face et celui de la seconde, aux cuisses.

La roséole sera vite démasquée par la fièvre légère qu'elle présente et ses prodromes beaucoup plus courts que dans la rougeole, ses taches rosées, sans saillie, irrégulières, disparaissant sous la pression, et les démangeaisons qui les accompagnent toujours.

La suette miliaire revêt souvent la forme morbilleuse et pourrait coïncider, d'après Chedevergne, avec la rougeole ; mais là, comme dans la roséole, les prodromes sont beaucoup plus courts, et la transpiration abondante qui la caractérise, jointe à l'absence de complications pulmonaires et à l'existence de papules vésiculeuses ressemblant à des grains de millet, suffiront souvent à éliminer la rougeole.

La confusion cessera tout à fait au moment de la desquamation, qui se fait ici presque toujours en lambeaux, comme dans la scarlatine.

Les roséoles médicamenteuses offrent rarement de la fièvre et c'est surtout au tronc ou aux membres que les macules font leur première apparition.

L'absence de catarrhe et les commémoratifs nous permettront de ne point reconnaître la rougeole.

L'exanthème morbilliforme signalé par Hutinel et Martin de Gimard (*Méd. mod.*, janvier, février 1890) Lovy (exanthème rubéoliforme du début de la fièvre typhoïde) au troisième septénaire de la fièvre typhoïde, disparaîtrait

au troisième jour, sans laisser de traces. et ne produirait aucune aggravation de l'état général.

La rubéole est très rare en France, et dans le sud de l'Europe. Sa symptomatologie, décrite par les auteurs, présente encore bien des obscurités. On la reconnaîtrait à ses prodromes, qui seraient beaucoup plus courts que dans la rougeole. D'après Thomas, la période prodromique ne dépasserait pas, dans les cas normaux, une demi-journée, ou un jour, d'après Rehn. Tschamer et Griffith, ont observé des cas où la maladie a débuté d'emblée, par l'éruption. Son exanthème serait polymorphe, à la fois scarlatineux et morbilleux. Les taches seraient plus larges que dans la rougeole. La fièvre manquerait bien souvent, et la toux serait absente bien des fois.

Il existe bien du catarrhe oculaire et du coryza, comme dans la rougeole, mais l'intensité est moins grande.

Enfin, il existerait dans la rubéole des engorgements ganglionnaires considérés comme caractéristiques, et qui font absolument défaut dans la rougeole. Meigs les regarde comme les meilleurs signes de la rubéole. Ces engorgements atteignent les ganglions rétro et sous auriculaires, jugulaires ou sterno-mastoïdiens ; parfois, d'après Griffith, ils seraient limités à un ganglion, parfois au contraire, ils se généraliseraient aux autres régions du corps, aux aines, aux aisselles (Thomas, Emminghaus). Rarement appréciables à l'œil, ils seraient toujours douloureux à la pression.

Nous n'avons jamais observé ces engorgements dans notre épidémie de rougeole.

TRAITEMENT

Comme pour la plupart des maladies, le traitement spécifique de la rougeole est encore à trouver. Le médecin devra toujours avoir présent à l'esprit ce fait, que la nature est très souvent un puissant guérisseur, et que le rôle du praticien doit ici, comme ailleurs, consister à ne pas contrarier ses efforts. Nous appuyant sur ce principe très sage, et assez facile à mettre en pratique, nous nous sommes borné, dans les cas simples, à prescrire des soins hygiéniques, une température douce, peu élevée, des boissons émollientes, de la diète et quelques calmants contre la bronchite ; quelquefois l'ipéca, à doses vomitives pour débarrasser les bronches en cas d'oppression; et contre les complications, les médications énergiques qu'elles pouvaient réclamer.

L'hygiène nous a beaucoup préoccupé. Dans toutes les familles que nous visitions, nous nous faisions un devoir de leur recommander la propreté et l'aération. Nous leur disions que la propreté est la vie d'un enfant ; plus on le tiendra proprement, plus il deviendra sain et florissant (Hufeland). Nous savons tous que nous assurerons, par la propreté de la peau, l'intégrité des fonctions qui s'y accomplissent jour et nuit. Périer, dans son *Guide hygiénique*, s'exprime ainsi en parlant des avantages de la propreté : « La peau, pourvue d'une infinité de petits trous

qui en font une véritable crible, laisse échapper continuellement, en dehors même de l'état de transpiration, une quantité d'eau qui n'atteint pas moins d'un litre par jour, et des produits solides, liquides et gazeux, qui nous deviendraient nuisibles, si nous n'en étions pas constamment débarrassés. La peau joue aussi le rôle actif et précieux d'une véritable soupape de sûreté, dont il importe que nous assurions le bon fonctionnement. Supposez un individu qui ne se laverait jamais, il y en a, et vous allez voir l'inconvénient pour lui, d'avoir le corps recouvert d'une couche sale, formée par les poussières extérieures qui s'ajoutent aux divers produits rejetés par la peau ; parmi ces produits, il y a une matière grasse, destinée à entretenir les poils qui, restant en excès sur la peau, et fixant sur toutes les parties du corps, ces impuretés, forme vite une sorte de vernis à la fois nuisible et repoussant. Le danger que court la santé est incontestable.

« Des expérimentateurs ont vu mourir rapidement des animaux qu'ils avaient enduits d'un vernis analogue à celui que l'incurie laisse se produire sur le corps humain. Ce n'est donc pas seulement la peau qui bénéficie des soins hygiéniques ; la santé générale y gagne aussi. Un enfant qui n'est pas habituellement lavé est plus porté à contracter des maladies contagieuses ou épidermiques, car, si la peau sécrète, elle absorbe aussi. »

Malheureusement, nos conseils ont été rarement suivis, et, abstraction faite de quelques familles intelligentes, la majorité des habitants est très hostile à la balnéation.

Le docteur Yvaren raconte qu'à Avignon, une dame d'une soixantaine d'années répondait au conseil qu'il lui donnait de prendre un bain par ce cri d'indignation : « *Un ban ! Moussu ! jamai l'aigo d'un ban a touca moun corps. Un ban ! cavalisco !* » Un bain, Monsieur ! jamais l'eau

d'un bain n'a touché mon corps. Un bain ! pouah ! (Yvaren, *Entretiens d'un vieux médecin.* Paris, J.-B. Baillière.)

Nous avons toujours obtenu, cependant, lorsque nous l'avons exigé, de faire frictionner à l'alcool et à l'eau chaude les enfants dont la peau laissait à désirer au point de vue de la propreté.

Nous n'avons jamais cessé de recommander le lavage soigneux au moyen de liquides antiseptiques, plusieurs fois par jour, de la cavité buccale des morbilleux, surtout quand ils avaient pris un aliment ; nous avons pu ainsi, nous le croyons, éviter bien des complications. Nous avons fait usage de l'eau boriquée pour les yeux, et nous n'avons jamais observé de conjonctivo-kératites, si fréquentes au cours de la rougeole. La chambre où étaient couchés les malades était aérée le plus largement possible et débarrassée des meubles inutiles. Nous avons fait comprendre aux familles qu'il fallait de l'air pur aux enfants, comme à tout le monde, mais plus encore peut-être, car ils ont des besoins respiratoires plus pressants que les nôtres et que l'on obtenait des effets désastreux quand on couchait un enfant dans une alcôve, une soupente ou un cabinet noir.

Les rares complications que nous avons observées sont tributaires, à notre avis, de l'encombrement et de l'impossibilité où nous nous sommes trouvé d'obtenir la réalisation de nos prescriptions hygiéniques, soit par le mauvais vouloir des parents, soit par le manque de place.

Nous avons vu, en effet, jusqu'à trois enfants en pleine éruption couchés dans le même lit, et, maintes fois, dans des chambres noires qui n'avaient jamais vu le soleil.

Nous n'avons pas manqué de faire remarquer à ces pauvres gens, obligés certainement de tirer parti du logement insalubre qu'ils occupaient, que de graves compli-

cations pouvaient frapper leurs enfants. Nous les avons priés de toujours réserver à ces derniers, même en pleine santé, les meilleures pièces de leurs appartements, afin d'éviter pour eux-mêmes la responsabilité douloureuse d'avoir exposé les êtres qui leur étaient chers à l'anémie, au rachitisme, à la phtisie pulmonaire.

Au point de vue du régime alimentaire, nous avons prescrit systématiquement du lait à tous nos morbilleux, et nous n'avons permis les aliments solides qu'après la chute de la température et l'analyse des urines, qui a été presque toujours négative.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous avons été très sobres de médicaments. Nous signalerons cependant les bons effets que nous avons obtenus, en présence d'une éruption lente à se faire ou mal caractérisée, de l'administration de l'acétate d'ammoniaque ainsi formulé :

Acétate d'ammoniaque	2 à 6 gr., suivant l'âge
Benzoate de soude . . .	3 à 4 gr.
Sirop de punch Sirop de tolu	àà 30 gr.
Julep.	80 gr.

Contre l'agitation nerveuse, nous avons donné parfois un peu de bromure de potassium associé au chloral et au musc, suivant la formule de J. Simon.

Bromure de K.	1 gr.
Musc.	0 20 cgr.
Hydr. de chloral.	1 gr.
Sirop simple.	20 gr.
Hydrolat de fl. d'orange — de tilleul	àà 50 gr.

une cuillerée à café, tous les quarts d'heure ; mais, toutes

les fois que cela nous a été possible, nous avons donné la préférence au bain chaud à 35 ou 36°.

Pierre Vallat, dans sa thèse inaugurale sur le traitement de la rougeole, Paris 1897, a mis en saillie, en s'appuyant sur des observations personnelles, les avantages que l'on peut retirer des bains chauds, et il conclut en disant que les bains chauds doivent constituer le traitement systématique de la rougeole. Nous ne sommes pas de cet avis, et nous croyons qu'il sera toujours prudent de laisser à la nature la plus grande part de responsabilité dans le traitement de la rougeole. Nous sommes très partisan des bains chauds, mais seulement en cas d'excitabilité nerveuse, d'insomnie, de broncho-pneumonie, de complications intestinales, d'hyperthermie, d'éruptions peu nettes, ou de malpropreté manifeste. Dans ces cas là, nous avons toujours obtenu des effets merveilleux.

A propos des bains chauds, nous lisons dans le *Dictionnaire encyclopédique :* « Leurs principaux effets étant d'irriter, de congestionner la peau et de provoquer la sueur, ces bains sont indiqués dans toutes les maladies chroniques qui s'accompagnent de sécheresse de la peau, de langueur de la circulation périphérique, d'hyperthermie, ou d'hypernervie des organes internes, d'irritation sécrétoire ou de flux de membranes muqueuses, en un mot, toutes les fois qu'il s'agit de révulser, de dériver à la périphérie un principe d'irritation concentré dans les organes splanchniques, ou répercuté de la peau vers les parties profondes, ou bien d'attirer et de faire à l'extérieur la détermination d'une diathèse en incubation. C'est pourquoi les bains chauds peuvent être, ou ont été employés avec avantage dans les rhumatismes chroniques, musculaires ou articulaires, dans les paralysies, principalement dans celles qui tiennent à l'irritation rhumatismale des

enveloppes de la moelle épinière, dans les fièvres éruptives, lorsqu'il s'agit de favoriser ou de rappeler l'éruption qui se fait difficilement ou qui a disparu ; dans les congestions chroniques des organes contenus dans la cavité thoracique ou abdominale, accompagnées de sécheresse de la peau, dans la diarrhée chronique, etc. »

Bien que les enfants supportent très bien des doses élevées de quinine, nous n'avons jamais eu recours à cet agent thérapeutique pour combattre la fièvre, que nous observions souvent quelques jours avant l'exanthème.

Les cas de broncho-pneumonie que nous avons traités se sont bien trouvés des bains chauds à 36°, deux bains par jour, de 7 à 8 minutes. Dans l'intervalle, enveloppement de ouate aux extrémités, quelques ventouses sur la poitrine, potion à l'acétate d'ammoniaque et alcool.

Les complications intestinales ont été aussi, dans nos cas (observations IX, X et XI), traitées par les bains chauds, lavements amidonnés, de guimauve, salol, et acide lactique à l'intérieur.

La terminaison de cette complication, chez les deux enfants qui font l'objet de nos observations IX et XI, a été malheureuse en dépit d'une médication énergique, instituée trop tard peut-être, et mal appliquée par la famille ignorante.

Nous savons, cependant, d'après les observations de Maurin, consignées dans sa thèse inaugurale, que peu d'enfants échappent sains et saufs à la dysenterie d'origine morbilleuse lorsque ces enfants n'ont pas encore atteint la cinquième année.

Quant aux mesures prophylactiques, nous avons essayé de faire l'isolement du morbilleux dans la mesure du possible, et d'éloigner toutes les personnes ayant des enfants indemnes, car il n'est pas encore bien prouvé que le pou-

voir contagieux du microbe morbilleux s'arrête au seuil de la chambre du contaminé.

Pendant la convalescence, nous prescrivons encore de l'hygiène, des toniques, et nous recommandons aux familles d'être très prudentes au sujet de l'alimentation, et de ne sortir le morbilleux dehors que quinze jours après la disparition complète de l'exanthème.

Nous n'avons pas craint de faire désinfecter les locaux partout où nous avons observé des complications pulmonaires ou autres.

OBSERVATIONS

Observation Première

Cas de rechute

Adèle A..., âgée de 7 ans, présente, depuis le 22 juillet, certains petits malaises, perte d'appétit, nausées, tristesse et une légère toux accompagnée de fièvre, le soir principalement.

Le 25 juillet, nous voyons l'enfant : elle est triste, grogneuse et ne veut pas se laisser examiner. Elle fuit le jour, ses yeux sont larmoyants, les conjonctives palpébrales, rouges et un peu gonflées ; un mucus abondant et clair s'écoule par le nez. La langue est un peu saburrale, rouge sur les bords. Il y a un énanthème très net sur le voile du palais ; les parties antérieures du pharynx sont uniformément rouges.

Malgré la toux, l'auscultation thoracique ne révèle rien. La fièvre est à 38°6, la peau est sèche, le pouls bat 96.

L'épidémie régnante nous autorise à porter le diagnostic de rougeole et à annoncer à la famille l'éruption pour le lendemain. Nous ordonnons du lait et des boissons émollientes.

Le lendemain, 26 juillet, nous constatons l'exanthème, qui avait apparu dans la nuit, vers 11 heures du soir, à la suite d'une forte fièvre et d'une grande agitation.

Cette éruption présente la forme classique : taches roses, peu saillantes, déchiquetées et, par-ci par-là en croissant, laissant des intervalles de peau saine.

La rougeur s'efface sous la pression du doigt, mais reparaît très rapidement.

Le 27, l'éruption, qui s'est faite de haut en bas, est au complet. Pas d'engorgements ganglionnaires.

Le 29, les taches commencent à pâlir.

Le 2 août, l'évolution de l'exanthème est terminée.

L'enfant paraît guérie, a repris ses jeux, mange et dort assez bien ; la toux a complètement disparu, mais il reste sur le corps quelques macules brunâtres.

Son jeune frère, âgé de cinq ans, et sa sœur aînée, âgée de dix ans, sont, à leur tour, envahis par la rougeole, le premier, le 4 août, et le second, le jour après. L'éruption est bénigne et, le 12, l'évolution est terminée. Nous n'avons prescrit aucun agent thérapeutique.

Le 20, pendant que la famille croit être débarrassée de cette fièvre éruptive, la jeune Adèle, qui avait couché dans le lit de son jeune frère, fut prise tout à coup de vomissements, se remit à tousser, à éternuer ; ses yeux devinrent larmoyants. Pendant la nuit, elle dormit mal, fut très agitée, eut une forte fièvre.

Le lendemain, nous fûmes appelé par la famille et nous constations une seconde éruption morbilleuse chez leur fillette, absolument semblable à la première, qui guérit, sans encombre au bout de quelques jours.

Observation II

Angine post-morbilleuse

G. L..., 4 ans, a été atteint de rougeole, 24 juillet 1899. L'éruption a été très légère. L'enfant était content, s'amusait.

Le 30, l'enfant devient triste, ne mange pas, cesse ses

jeux; il se plaint du gosier. Appelé par la famille, nous constatons à peine quelques traces de l'exanthème morbilleux, mais sa peau est chaude et la température rectale marque 39°.

A l'examen de la cavité buccale, nous apercevons de la rougeur du pharynx et une hypertrophie considérable des amygdales, de la gauche principalement, sur lesquelles sont disséminés, çà et là, quelques points blanchâtres. Toux rauque. Rien aux poumons.

Nous ordonnons des gargarismes à l'eau boriquée tiède et des attouchements 5 ou 6 fois par jour, avec un collutoire ainsi formulé :

Borate de soude. . .	2 gr.
Acide salicylique. . .	1 —
Glycérine neutre. . .	15 —

Teinture d'iode sur le cou.

Le 1er août, les membranes pultacées ont disparu ; l'enfant avale plus facilement ; la température est normale.

Le 3 août, l'enfant reprend ses jeux et ne se plaint plus de rien.

Observation III

Méningisme

Le jeune C..., âgé de 8 ans, a eu la rougeole le 10 juillet, sans complications.

Les parents jouissent d'une santé parfaite, ne sont ni syphilitiques, ni alcooliques ; deux autres enfants plus âgés sont sains, mais ont eu la rougeole eux aussi au cours de l'épidémie.

Notre petit malade a été allaité par sa mère jusqu'à

l'âge de 17 mois. Il a très bien supporté le sevrage et, sauf cette rougeole qu'il vient d'avoir, il n'a jamais fait de maladies.

Le 20 août, c'est-à-dire un mois et demi après sa guérison, il est pris de vomissements et de courbature générale.

Etat actuel. — Il refuse de se laisser examiner, pousse descris déchirants, se débat ; il faut employer la force pour le maintenir, le faire asseoir sur son lit : il dit que la tête lui fait mal, et ne peut la mouvoir.

La nuque est raide, et toute sa colonne vertébrale très sensible à la pression et aux mouvements que nous essayons de lui faire exécuter.

Des renseignements pris, il résulte que l'enfant aurait été fatigué à la suite d'une promenade à la campagne la veille, alors que soufflait un fort vent du nord.

Nous prenons sa température ; elle accuse 39°6 dans le rectum, son pouls bat 115 ; la respiration est très irrégulière ; ses urines ne contiennent aucune trace d'albumine; la raie méningitique existe parfaitement bien ; son abdomen est tendu, rétracté (ventre en bateau).

Nous diagnostiquons accidents méningitiques aigus suite de rougeole, accidents provoqués par le froid ; et quoique nous ayons présent à l'esprit certains cas de pseudo-méningite d'origine infectieuse, grippale ou autre, dans lesquels la guérison avait été observée, nous portons un pronostic sombre.

Nous prescrivons du calomel à petites doses, de la révulsion aux membres inférieurs, et vessie de glace sur la tête.

Le lendemain, nous voyons l'enfant. Il est somnolent, abattu, courbé : La lumière l'impressionne beaucoup. Le purgatif n'a rien amené. La soif est vive : la langue sabur-

rale, humide. La température est toujours au même niveau.

Traitement. — Bains chauds à 36° de 7 minutes de durée, deux par jour. Régime lacté absolu ; 150 gr. de lait environ toutes les deux heures.

Le 30, l'enfant est venu du corps et, sauf quelques soubresauts musculaires qu'il a présentés dans la nuit, il est beaucoup plus calme, mais ses yeux sont toujours fermés; il tourne le dos au jour, et le moindre bruit lui devient insupportable.

La température est tombée à 37°5.

Le 2 septembre, son état semble s'améliorer. Le petit cesse de se plaindre, s'intéresse à ce qui se passe autour de lui. Dans la soirée, il se met à vomir, et la température monte à 39°5.

Cette élévation de température nous surprend et nous décourage. Néanmoins, nous prescrivons 30 centigr. de calomel, et, le lendemain, nous avons la satisfaction de voir le thermomètre marquer 37°. A partir de ce jour, tous les symptômes alarmants disparaissent.

Le 6, la guérison est définitive.

Observation IV

Méningisme à la fin de l'éruption.

Le jeune D..., âgé de 18 mois, nourri au sein par sa mère excellente nourrice, robuste et vigoureuse, subit les malaises précurseurs de la rougeole pendant deux ou trois jours.

Le 18 juillet, diarrhée intense, vomissements, l'enfant refuse de téter, est très agité.

Le 19, après une forte élévation de température, l'éruption morbilleuse se dessine, accompagnée de catarrhe oculo-nasal et de toux.

Le 20, l'éruption a gagné de haut en bas tout le corps. L'auscultation révèle des signes de bronchite. L'enfant recommence à téter ; mais, de temps en temps, il pousse des cris.

Nous ordonnons un lavement évacuateur et nous prescrivons une cuillerée à café, toutes les heures, d'une potion calmante à base de bromure.

Le 22, l'éruption pâlit, et les phénomènes bronchitiques tendent à disparaître.

Le 25, le petit malade semble être complètement guéri ; néanmoins, il est toujours un peu triste. Dans le courant du lendemain, le jeune D..., a une attaque d'éclampsie, sa tête est chaude, ses yeux convulsés en dehors ; il vomit. Le ventre est rétracté (en bateau). Raie méningitique très nette. Le pouls est à peine perceptible, irrégulier. Les traits sont tirés. Les convulsions se renouvellent trois ou quatre fois dans la journée, puis, un état presque comateux apparaît.

Nous considérons le cas comme désespéré, et n'hésitons pas à porter le diagnostic de méningite tuberculeuse. Un de ses jeunes frères a succombé, il y a six ans, à l'âge de 1 ans, à une méningite, d'après les renseignements des parents. Ceux-ci sont affolés, et désespèrent de sauver leur enfant bien-aimé.

Nous ordonnons trois bains chauds par jour de 7 à 8 minutes, quelques petites prises de calomel, des compresses fraîches sur la tête. Dans l'intervalle, révulsion permanente aux membres inférieurs, lavements évacuateurs, trois par jour, et, au bout de six jours environ, contre notre attente, nous eûmes la satisfaction de rassurer la

famille sur le sort de leur bébé, qui, réellement, reprenait le dessus. Il commença, en effet, à garder le lait, à s'intéresser à ce qui l'entourait, et à sourire. L'enfant était sauvé.

Observation V

Broncho-pneumonie, au début de la période d'éruption. — Forme lobulaire.

Le 25 juillet, à 6 heures du soir, nous fûmes appelé auprès du jeune B.., âgé de trois ans. Ses trois frères, âgés de 5, 8 et 10 ans, viennent d'avoir la rougeole sans complications.

Cet enfant a eu la coqueluche au mois de mars dernier.

Etat actuel. — Catarrhe oculo-nasal, exanthème morbilleux très net à la face et au cou.

Le 26, éruption sort mal.

Température, 39°4. Pouls rapide, petit, incomptable. Dyspnée légère. Peau sèche, brûlante. Toux grasse, humide A l'auscultation, nous trouvons des deux côtés de la poitrine des sous-crépitants, et un souffle à droite et à la base.

Diagnostic. — Broncho-pneumonie.

Le 27 juillet.— Température 38°9, le petit a passé une mauvaise nuit, a eu de l'agitation. Délire et soubresauts. Le pouls est toujours rapide.

L'enfant demande à boire à chaque instant. La langue est sèche, fuligineuse. La toux est toujours grasse. Il se laisse ausculter difficilement. Nous arrivons cependant à percevoir une respiration soufflante, et un certain retentissement de la voix et du cri.

Le 28 juillet. —Notre malade dort d'un sommeil tranquille, température 38°.

Le 29 juillet. — Quoique un peu indifférent, il paraît éveillé, et prend volontiers ce qu'on lui donne.

Le 31. — Les signes stéthoscopiques tendent à disparaître, et l'enfant entre en convalescence. Quinze jours après, il était complètement remis.

Le traitement a consisté en bains chauds, enveloppements du thorax, de compresses humides entourées de taffetas gommé. Vomitif au début. Potion à l'acétate d'ammoniaque et alcool.

Observation VI

Broncho-pneumonie au moment où l'éruption est en cours de disparition. (Résumée)

Dlle A..., 19 ans, a une santé délicate, s'enrhume facilement l'hiver, a été atteinte de coqueluche quelques mois auparavant.

Le 28 juillet, elle est prise de rougeole.

Catarrhe oculo-nasal, épistaxis, vomissements, éternuements fréquents, bouffissure de la face, rien n'y manque. Langue blanche, signe de Kopplick très net sur la muqueuse des joues.

Le 29, l'éruption est généralisée ; la température est à 40°. A l'auscultation, nous percevons de gros râles de bronchite.

Le 31, l'exanthème commence à pâlir. La malade, profitant de l'absence de sa mère, se lève et va, pieds nus, se regarder à la glace. Tout à coup, elle éprouve des frissons ; elle se recouche, une forte fièvre se déclare.

Appelé par la famille dans la soirée, nous constatons une dyspnée très marquée, l'inspiration semblait difficile et s'accompagnait d'un sifflement que l'on percevait à une

certaine distance. La toux était quinteuse, douloureuse, fréquente : elle amenait à grand peine une mousse spumeuse, teintée de sang.

L'auscultation nous révèle la présence de sous-crépitants aux bases et aux deux temps de la respiration ; un mélange de râles secs et humides, un véritable bruit de tempête.

Nous étions donc en présence d'une broncho-pneumonie complication si fréquente dans la rougeole, et que nous considérons, à juste titre, comme très grave.

Cependant, au bout de quelques jours, les symptômes alarmants s'amendèrent. Les signes stéthoscopiques s'étaient limités aux bases, l'expectoration devenait plus facile, et on percevait des râles sous-crépitants très gros.

La convalescence fut très longue. Notre traitement avait consisté en bains chauds à 38°, matin et soir, d'une durée de 10 minutes chacun, et de quelques potions stimulantes.

Observation VII

(Résumée)

Rougeole sans catarrhe

Les époux S... ont quatre enfants, âgés de 12, 10, 7 et 5 ans.

Les deux aînés sont atteints de rougeole en même temps, le 25 juillet. Tous les symptômes classiques existent chez eux, coryza, larmoiement, épistaxis même, et vomissements chez le second ; l'éruption évolue néanmoins d'une façon normale, et la toux, qui est grasse, ne les fatigue pas.

Trois jours après, le 18, le troisième enfant paye son

tribut à la maladie régnante. Nous observons les mêmes symptômes que ceux présentés par ses frères. Lorsque l'éruption, chez celui-là, commençait à pâlir, le quatrième enfant, un superbe garçon âgé de 4 ans, qui n'avait cessé de s'amuser au milieu de ses frères morbilleux, est à son tour envahi par l'exanthème, mais sans avoir subi aucun prodrome. Cet exanthème était absolument identique à celui de ses frères. A notre étonnement, l'éruption pâlit au troisième jour, sans que nous ayons pu observer aucun signe stéthoscopique dans la poitrine. Pas de toux, pas de larmoiement, pas de coryza, pas d'engorgements ganglionnaires.

Observation VIII

(Résumée)

Rougeole ecchymotique

Le jeune C..., 5 ans, est rachitique. Le cœur et les reins nous semblent sains.

Le 20 juillet, il contracte la rougeole au voisinage d'un autre enfant atteint dans la maison qu'il habite. L'éruption se fait normalement : il y a du coryza, du larmoiement, et quelques râles muqueux dans la poitrine.

Le 21, l'enfant paraît très abattu, fièvre 40°.

Le 23, l'abattement augmente ; nous notons sur tout son corps un exanthème très rouge, à caractère ecchymotique, surtout à la face, et ne disparaissant pas à la pression.

Le 25, l'éruption a disparu de la face, qui est très pâle. Au ventre et aux cuisses, persistent des taches ecchymotiques ; ailleurs, nous observons des macules cuivrées.

Le 26, la fièvre est complètement tombée ; les taches

ecchymotiques, brunâtres d'abord, puis cuivrées, ont beaucoup pâli ; les jours suivants, l'éruption disparut complètement.

Observation IX

Complication intestinale après l'éruption

M..., petit bébé de 16 mois, chétif, nourri au sein par sa mère bien portante.

Le 12 août, nous sommes appelé par la famille pour donner nos soins à leur petit garçon, atteint de diarrhée depuis trois jours, à la suite d'une rougeole qu'il venait de faire de la façon la plus heureuse. Les parents avaient jugé notre intervention inutile pour une maladie aussi bénigne que la rougeole.

Nous trouvons l'enfant couché dans une petite chambre obscure, qui servait en même temps de débarras à toute espèce de choses. Le pauvre bébé, qui semble reposer, est dans un état de cachexie, d'amaigrissement, qui nous surprend ; ses traits sont tirés, sa figure ressemble à celle d'un vieillard ; son ventre est ballonné, les selles sont au nombre de 15 à 20 en 24 heures, cholériformes.

Sa mère nous raconte que le petit boirait à chaque instant et qu'il ne quitte pas des yeux le verre d'eau qu'on lui présente.

Sans nous prononcer, nous laissons entendre que les jours de l'enfant sont en danger.

Traitement : lavement à l'eau de guimauve et naphtol ; compresses chaudes d'eau boriquée sur le ventre, et, toutes les 10 minutes, une cuillerée à café d'une potion à l'acide lactique. Un bain chaud à 35° dans la soirée, de 5 minutes de durée.

Le lendemain, la diarrhée persiste, le ventre semble très douloureux. Dans l'après-midi, l'enfant meurt dans le coma.

Observation X

Complication intestinale

Le jeune H..., âgé de 6 ans, n'a jamais eu la rougeole. Ses parents sont très bien portants, mais pauvres, et habitent une maison humide, mal tenue et mal aérée.

Etat de l'enfant, 10 août : fièvre, catarrhe oculo-nasal, langue blanche, gorge rouge, sans signes particuliers, toux légère.

A l'auscultation, nous percevons de gros râles de bronchite. Nous prescrivons des soins hygiéniques dans la mesure du possible, et une potion à l'acétate d'ammoniaque.

Le lendemain, 11 août, éruption morbilliforme.

Trois jours après, nous revoyons l'enfant. L'éruption commence à pâlir ; les symptômes bronchitiques s'amendent.

Le 16, nous sommes rappelé par la famille pour voir leur enfant, qui avait une forte diarrhée depuis la veille au soir.

Les selles étaient fétides, billeuses, et se répétaient 7 ou 8 fois dans la journée.

Nous apprenons que les parents avaient alimenté leur enfant avec un ragoût à la sauce piquante, du pain et des gâteaux.

Traitement. — Calomel et, plus tard, potion bismuth, lavements boriqués, 2 par jour. La diarrhée cède, et quelques jours après, l'enfant reprend ses jeux.

Observation XI

(Résumée)

Complication intestinale

Le jeune C..., âgé de 2 ans, ordinairement bien portant, est contagionné par ses frères, âgés de 8 et 6 ans, qui viennent d'avoir la rougeole.

Le 3 avril, il présente de la fièvre, de l'agitation et tousse de temps en temps ; a du coryza et du larmoiement.

Le 4, éruption morbilliforme, à la face et aux membres supérieurs.

Le 6, éruption généralisée.

Le 7, l'éruption commence à pâlir, et des selles diarrhéiques apparaissent nombreuses.

Le 8, la diarrhée persiste, le petit malade a beaucoup soif ; ses traits sont tirés, ses yeux excavés. Dans la nuit, mort.

Observation XII

Contagion de la rougeole à l'époque de la convalescence

Demoiselle T. A..., âgée de 28 ans, a un mauvais état général, est très anémique. Son tempérament est nerveux.

En donnant des soins à deux de ses petits neveux atteints de rougeole à 100 mètres de son habitation, située en pleine campagne, elle se contagionne, et, le 27 juillet au soir, nous sommes mandé auprès d'elle.

Etat de la malade. — Elle est au second jour de son érup-

tion, mais cette dernière semble se faire incomplètement, et on dirait qu'elle tend à s'effacer.

Le pouls et la respiration présentent une accélération excessive (130 pulsations). La langue sèche, l'agitation très grande. La température est à 40°, les urines sont très rares.

En présence de cette forme nerveuse de la rougeole, que nous observons pour la première fois, nous conseillons deux bains chauds à 38°, par jour, d'une durée de 10 minutes chacun, et nous avons la satisfaction de voir la gravité de la maladie s'atténuer insensiblement au bout de 2 ou 3 jours.

L'agitation tombe, le sommeil reparaît, la peau devient moite, la diurèse se rétablit.

Le 31 juillet, l'éruption, qui s'était bien faite sous l'influence du traitement, laissait à peine quelques traces.

Le 6 septembre, alors que l'épidémie semblait éteinte dans toute notre région, notre convalescente reçoit chez elle, pour quelques jours, une petite parente, âgée de 12 ans, venue d'un village voisin, indemne de rougeole.

Cette jeune demoiselle, d'un tempérament lymphatique, a eu la scarlatine, au mois de janvier dernier. Le 18, elle est prise de fièvre et vomit.

Le 19, elle tousse, se plaint de douleurs dans la tête, ses yeux sont larmoyants, sa face se boursoufle ; elle a du coryza. A l'auscultation, râle de bronchite. Température, 38° 1/2.

Le 20, éruption morbilleuse.

La malade guérit sans complications.

Observation XIII

Contagion indirecte (rare)

All..., 20 mois, est une enfant bien portante ; n'a jamais eu de bronchite ; habite, ainsi que son frère âgé de 4 ans, chez ses grands-parents, à la campagne, au quartier de la Bedoule. Ce quartier, qui compte quinze à seize foyers, n'a pas été visité par la rougeole au moment de l'épidémie.

Le père et la mère jouissent d'une excellente santé et connaissent très bien l'hygiène.

Les grands-parents, gens aisés, logent dans une maison tenue proprement, spacieuse et bien aérée.

Le 2 octobre, nous fûmes appelé par la famille pour examiner la petite fille, qu'on croyait enrhumée.

Etat de l'enfant. — Yeux larmoyants, figure bouffie, énanthème buccal très prononcé, signe de Koplick parfaitement perceptible à la lumière du jour ; toux légère, éternuements, agitation, fièvre 39°.

L'auscultation nous révèle de gros râles de bronchite.

Au moment où nous pratiquons notre examen, l'enfant se met à vomir, ce qui effraye les parents. Pas de diarrhée.

Nous n'hésitons pas à porter le diagnostic de rougeole à la période d'invasion, et à annoncer à la famille l'éruption pour le lendemain sûrement, car il y a trois jours que l'enfant accuse des malaises.

Traitement. — Nous conseillons aux parents de tenir l'enfant chaudement et nous prescrivons une potion à l'acétate d'ammoniaque et benzoate de soude.

Le 3, éruption morbilleuse, très nette à la face et aux membres supérieurs surtout. L'éruption s'était faite dans la nuit, vers onze heures.

Le 6, l'éruption commence à pâlir ; la fièvre est tombée et les symptômes thoraciques en voie de disparition.

Nous voyons l'enfant pour la dernière fois, le 8 octobre, nous la considérons comme guérie, mais nous annonçons à la famille que le frère aîné, quoique très bien portant, subirait, lui aussi, certainement, dans quelques jours, les atteintes de la rougeole. Nous n'avions pas, en effet, au cours de l'épidémie que nous relatons, observé un seul enfant au-dessous de 10 ans qui eût échappé à la contagion après avoir séjourné dans les appartements d'un morbilleux.

Le 10 octobre, c'est-à-dire quatre jours après avoir cessé nos visites à la petite A..., nous sommes rappelé par la famille pour constater une belle éruption de rougeole sur l'aîné, rougeole qui évolue d'une façon heureuse, à la satisfaction de tous.

Ce fait que ces enfants, ayant été indemnes au moment de l'épidémie, fussent atteints de la maladie alors qu'il n'existait plus un seul cas depuis quelque temps, nous frappa et nous amena à interroger la famille. Nous apprîmes que la grand'mère, femme forte et vigoureuse, malgré ses 63 ans, était allée passer trois jours au Plan de Campagne, de la commune des Pennes, soit à 5 kilomètres de son habitation, et qu'elle y avait tenu dans ses bras, dix jours avant, une de ses petites-filles atteinte de rougeole.

Nous ne doutons pas avoir eu affaire à un cas de contagion indirecte rare.

CONSIDÉRATIONS

SUR LES RECHUTES ET LE POUVOIR CONTAGIEUX DE LA ROUGEOLE

La question des rechutes et des récidives étant à l'ordre du jour, nous avons cru bien faire de relater notre observation. Mais nous n'avons pas eu un seul instant la prétention d'élucider cette question, à propos de laquelle les maîtres autorisés ont déjà rompu des lances inutiles. En attendant que l'École pasteurienne dise son dernier mot, et jette une clarté vive sur les quelques obscurités que présente encore la rougeole, nous ne devons pas, nous modestes praticiens, négliger de produire au grand jour les petits faits que nous observons, tout insignifiants qu'ils paraissent. Ces petits faits et documents, réunis et groupés par nos maîtres, constitueront peut-être un jour un ensemble qui permettra d'éclairer certains problèmes pathologiques. On s'était tellement habitué à considérer la rougeole comme une maladie dont l'immunité était acquise par une première atteinte que des observateurs très distingués attribuaient et attribuent toujours à une tout autre cause l'exanthème qui se reproduit quelques jours après sur un morbilleux dont la guérison avait été déjà constatée. Nous nous expliquons ainsi la pénurie des observations de rechute. Ces observations seraient certai-

nement plus nombreuses si la rubéole, dont on nie encore l'existence pourtant, malgré les descriptions nettes qui en ont été données, n'était généralement accusée d'avoir produit le premier exanthème présenté par le sujet chez lequel le praticien reconnaît une rougeole pour la deuxième fois.

Depuis que la question a été nettement posée par Meissner, des cliniciens hors ligne s'en sont occupés, et ont donné naissance à des discussions intéressantes qui ont abouti à la formation de deux camps, l'un hostile et l'autre favorable à la rechute morbilleuse. Quant à nous, frappé par notre observation personnelle, nous nous rangeons facilement dans le dernier.

Nous sortirions du cadre que nous nous sommes tracé si nous prétendions présenter toutes les observations de rechute que nous avons recueillies pour éclairer notre religion sur ce point pathologique.

Remignard, dans sa thèse inaugurale, s'appuie sur des faits concluants et l'autorité de M. Bucquoy pour soutenir son opinion favorable aux rechutes et aux récidives dans la rougeole.

Chauffard et Lemoine ont fait, à la Société médicale des hôpitaux, 27 décembre 1895, le récit de leurs observations, qui mettent pour ainsi dire hors de doute la reproduction possible sur un même sujet de cette fièvre éruptive.

En voici le résumé très succinct.

I. — Le 6 avril 1845, G..., entre au Val-de-Grâce pour une éruption de rougeole. Le 3 mai, il est repris de fièvre (39° le soir, et 38°2 le matin). En même temps on observe du coryza, du larmoiement, de la toux. Le 6, éruption typique de rougeole sur la poitrine, la face, puis les membres, sans prurit, ni adénopathie. Le 9, desquamation furfuracée.

Le 26 avril, au lit en face du sien, était entré un rougeoleux en pleine éruption.

II. — F..., entre, le 10 avril, pour rougeole.

Le 1er mai, reprise de la fièvre, 39°2, avec coryza, larmoiement, légère angine érythémateuse, toux. Le 2, éruption typique généralisée, très confluente, comme avait déjà été la première éruption, pas de prurit, pas d'adénopathies. Chute de la fièvre le 4. Desquamation furfuracée abondante.

III. — C..., entre, le 20 avril, pour rougeole. Le 2 mai, fièvre 39°6. Coryza, larmoiement, légère angine. Le 4, éruption confluente, comme la première fois. Défervescence le 8. Desquamation furfuracée abondante.

IV. — C..., entre, le 26 avril, pour rougeole. Le 15 mai, fièvre à 40°, le soir; coryza très intense. Le 16, éruption typique confluente avec bronchite; pas de prurit; quelques ganglions cervicaux engorgés, mais cette adénopathie datait déjà, paraît-il, de plusieurs mois. Défervescence le 20. Desquamation furfuracée abondante.

La première éruption avait été très légère, mais accompagnée, comme la rechute, du catarrhe oculo-nasal.

V. — V. H..., entre le 1er mai, pour une rougeole légère non prurigineuse avec catarrhe oculo-nasal modéré. Rechute le 13, avec reprise de la fièvre, 38°6, et même bénignité des déterminations cutanées et muqueuses.

MM. Chauffard et Lemoine citent, d'autre part, une petite épidémie de famille ayant porté sur sept enfants et sur la bonne allemande qui les soignait. En tout onze cas de rechute morbilleuse, observés dans des milieux très différents, mais à peu près à la même époque, en avril, mai

et juin 1895, c'est-à-dire dans des conditions probablement identiques de virulence épidémique.

MM. Bucquoy et Sevestre en ont vu aussi quelques exemples.

Leclerc, dans la *Société médicale des hôpitaux,* janvier 1896, relate l'observation suivante :

Henriette T..., âgée de trois ans, est prise, le 8 avril 1894, vers le soir, de catarrhe oculo-nasal, de toux, symptômes accompagnés de perte d'appétit et de fièvre.

Dans la nuit du 12 au 13, épistaxis. Le matin, éruption morbilleuse qui s'éteint à peu près le quatrième jour.

Les phénomènes de catarrhe disparaissent, ainsi que la fièvre. Mais l'enfant ne retrouve pas sa gaieté habituelle, l'appétit reste irrégulier et capricieux.

Comme vestiges de la rougeole, il reste, sur le tronc principalement, des macules brunâtres, comme il en persiste quelquefois pendant un certain nombre de jours. Ces macules, au dire de la mère, rougissaient quand l'enfant se fâchait ou avait couru dans l'appartement.

Le 29 avril, la journée étant belle, on sort l'enfant pour la première fois. Le soir, la petite malade vomit son repas, est reprise de toux, d'éternuements et de larmoiements.

Le 30 avril, nouvelle rougeole. Énanthème discret sur le voile du palais.

Le 1er mai, l'éruption s'est accentuée jusqu'à midi, puis a commencé à pâlir. La toux est fréquente, mais il n'y a aucun bruit morbide dans la poitrine.

Le 4 mai, « la peau est redevenue claire » tel est le langage de la mère de l'enfant.

L'auteur fait suivre cette observation de la réflexion suivante : «Voici deux actes d'une même maladie, séparés

par un intervalle de douze jours. Ce qui prouve bien que c'est la même affection, c'est la persistance des macules morbilleux dans la période intercalaire ; la maladie n'avait donc pas épuisé sa virulence. Pour expliquer le deuxième cycle, faut-il incriminer la promenade faite par l'enfant, le 29 avril ? »

Vergely, dans la *Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, août 1898, relate un cas qui constitue un exemple concluant d'une rechute de la rougeole.

Dans cette observation, qui concerne une fillette âgée de sept ans, l'affection a été précédée de prodromes ayant duré une huitaine de jours. pendant lesquels se sont montrés d'abord des signes de catarrhe occulo-nasal, puis de l'irritation laryngo-bronchique, et enfin, une éruption morbilleuse tout à fait caractéristique, comme forme, comme évolution et comme terminaison. Huit jours après l'apparition des premiers éléments éruptifs, la convalescence paraissant franche, et le temps étant très beau l'enfant fut emmenée en promenade. Le surlendemain, on vit se reproduire les symptômes de catarrhe oculo-nasal et laryngo-bronchique, puis, quatre ou cinq jours plus tard, on constata une nouvelle éruption sur la muqueuse palatine, à la face, au cou et à la poitrine. L'exanthème était moins abondant sur les membres et sur le ventre, et la desquamation semblait moins marquée que la première fois ; mais ces particularités mises à part, la seconde éruption était absolument identique à la poussée éruptive précédente. L'enfant n'avait cependant pris aucun remède susceptible de provoquer des éruptions, tels que chloral, antipyrine, belladone, quinine, iodures, etc.... D'autre part, la marche de l'affection, ainsi que le fait qu'elle s'était produite dans un milieu morbilleux (une sœur de la petite malade venait d'avoir la rougeole) per-

mettait d'exclure la dengue, la scarlatine, l'érythème papuleux fébrile et la rubéole, de sorte qu'il ne pouvait s'agir que d'une rechute de la rougeole. M. Vergely convient que le diagnostic différentiel de la rougeole d'avec la rubéole peut être hésitant, lorsqu'on a affaire à une forme grave de cette dernière maladie, avec éruption très abondante et fièvre élevée. Mais dans la rubéole, l'invasion suit de très près les symptômes naso-oculaires et ceux-ci n'ont pas l'intensité qu'ils ont présentée chez la fillette dont nous venons de résumer l'histoire:

De plus, l'éruption est souvent polymorphe, scarlatiniforme, papuleuse, et il y a des ganglions auriculaires ou sous-maxillaires tuméfiés.

Or, rien de pareil n'existait chez cette malade (1).

Gaucher, tout récemment, a communiqué à la Société médicale des hôpitaux, séance du 10 novembre 1899, l'observation d'un enfant de 10 ans, qui fut atteint d'une récidive de rougeole, un mois après la première atteinte de cette maladie. Précédée des prodromes caractéristiques, l'éruption fut plus intense que la première fois et accompagnée de tous les signes classiques de la rougeole.

Si nous examinons notre cas (obs. I), nous voyons, comme dans celui de Vergely, qu'il s'est produit dans un milieux morbilleux (deux frères et une sœur de la petite malade avaient la rougeole) ; d'autre part, que notre convalescente n'avait pris aucun remède. Nous concluons, nous aussi, en disant qu'il ne pouvait s'agir là que d'une rechute.

Nous n'essayerons pas d'expliquer la pathogénie de ces rechutes, mais nous ferons remarquer, puisque dans

---

(1) *Semaine méd.*, 21 septembre 1898, p. 390.

la fièvre typhoïde la rechute ne fait de doute pour personne, qu'il nous semble étrange que des cliniciens distingués refusent encore à la rougeole, maladie infectieuse aussi, le droit de rechuter et cela, en dépit des faits palpables, évidents, qui se produisent journellement.

Durée de la contagiosité de la rougeole.— On est actuellement d'accord pour reconnaître que la rougeole est contagieuse à toutes ses périodes. Mais la durée de sa contagiosité n'est pas encore bien limitée. Sevestre et Béclère prétendent que le pouvoir contagieux de la rougeole cesse avec elle. Cependant, on admet que les cas compliqués, comme pour les autres fièvres éruptives, peuvent prolonger la contagiosité. Darolles, cité par Sevestre, l'aurait observée onze jours après l'éruption.

Grancher était allé jusqu'à faire rayer la rougeole de la nomenclature des maladies contagieuses à déclarer.

Nous reconnaissons que la rougeole est celle des fièvres éruptives dont le contage présente le moins de résistance et de durée. Jusqu'à ces derniers temps, on ne citait pas de contagion certaine par un vêtement ou une maison infectée quelques mois ou quelques semaines auparavant.

Aussi, avons-nous été surpris, deux mois après la disparition de notre épidémie, de constater les deux cas de contage tardif qui font l'objet de nos observations XII et XIII.

Dans l'observation XII, nous voyons une enfant venue d'une localité voisine où ne régnait aucun cas de rougeole, subir l'infection morbilleuse à Septèmes, dans la maison infectée deux mois auparavant, par sa parente qui avait été atteinte de la maladie.

L'observation XIII nous montre deux enfants, âgés de 3 à 5 ans, vivant à la campagne, dans les meilleures condi-

tions d'hygiène, restés indemnes pendant les trois mois qu'avait duré l'épidémie et, cinquante jours après la disparition du dernier cas, indubitablement contagionnés par leur grand'mère qui était allée voir une de ses petites-filles atteinte de rougeole, au Plan de Campagne, à 5 kilomètres de Septèmes.

Des cas de ce genre sont excessivement rares, nous l'avouons, mais pouvons-nous refuser de nous rendre à l'évidence des faits !

M. Lemoine, d'autre part, cite deux cas de contagion survenus plus de 20 jours après le début de la maladie. Il s'agit de deux malades convalescents de scarlatine, qui avaient été placés dans la même salle que plusieurs convalescents de rougeole. Ces deux anciens scarlatineux contractent la rougeole, alors qu'il n'existait plus aucun cas de cette affection dans l'hôpital.

Dans la thèse de Remignard, déjà citée, nous trouvons aussi l'observation suivante.

« Madame X..., femme d'un médecin à proximité de Paris, a déjà, dit-elle, eu deux fois la rougeole, dont une fois, au cours d'une épidémie, et cela dans son enfance.

» Au mois d'août 1884, le docteur X... constate chez sa femme, après plusieurs jours de malaises et larmoiements, une éruption intense de rougeole, avec catarrhe bronchique ; les deux enfants de la maison contractent la même maladie, mais moins intense. Cette rougeole évolue normalement.

» Quatre mois après, en décembre, il règne dans la ville une épidémie de rougeole très étendue, le docteur X... en soigne de nombreux cas. A ce moment, Madame X... est prise de fièvre intense, avec rougeur et tuméfaction de la face, larmoiement, coryza, laryngo-bronchite ; puis l'éruption se manifeste d'une intensité exceptionnelle, la

guérison survint cependant. Dans ce cas, il faut remarquer, la première fois, l'existence d'une épidémie familiale, la seconde fois, l'*apport du contage par le médecin, fait qui n'est pas d'observation très fréquente dans des circonstances aussi précises.* »

Nous partageons l'opinion de M. Lemoine, lorsqu'il dit, à propos des deux cas précités : que le virus morbilleux peut rester virulent plus longtemps qu'on ne l'admet généralement, et surtout qu'il y avait lieu de prendre, après la rougeole, certaines mesures de désinfection.

RÉFLEXIONS

L'épidémie dont nous nous sommes occupé a été d'une très courte durée. Un mois et demi environ a suffi à son évolution. Le premier cas s'est présenté à notre observation le 2 juillet, et le dernier, le 20 août 1899.

Nous avons eu ensuite, les premiers jours du mois de septembre, une seconde poussée, qui ne s'est traduite que par l'apparition des deux cas de contagion rare qui ont fait l'objet de nos observations XII et XIII.

Nous avons observé nous-même exactement 126 cas ; nous évaluons à 15 le nombre de morbilleux qui n'ont pas reçu nos soins, grâce à l'erreur de certaines familles qui s'imaginent que la rougeole se passe de la surveillance du médecin, et que même, on ne peut pas arriver à l'âge adulte, sans en avoir subi les atteintes. Cela nous fait un chiffre de 141 cas, ce qui est énorme pour une population si petite.

La bénignité de la maladie a été proverbiale ; nous n'avons eu, en effet, à enregistrer que deux décès, dus aux complications intestinales, qui sont si redoutables chez les jeunes enfants.

Le premier était un jeune bébé de deux ans, ordinairement bien portant. Nous ne pouvons nous expliquer la terminaison fatale de son cas que par la virulence du

micro-organisme, exaltée, suivant Hutinel, par son passage d'un enfant à un autre.

Laveran dit, dans la *Gazette hebdomadaire* de 1861 : « L'agglomération des enfants augmente la virulence des germes, le nombre et la gravité des infections. La maladie transmise n'a pas forcément le même degré de gravité que la maladie originelle ; dans presque tous les cas, elle est plus sérieuse, qu'il s'agisse d'infection spécifique ou d'infection banale. En passant d'un enfant à un autre, et en trouvant, chez chacun d'eux, un terrain souvent vierge, dépourvu de toute propriété atténuante et excessivement favorable à leur développement, les micro-organismes subissent dans leurs propriétés pathologiques les mêmes modifications que les virus des infections sériées expérimentales : ils exaltent leur virulence » (Hutinel. Leçons professées à la Faculté.)

Le second (observation IX) est un petit bébé, chétif, âgé de 16 mois, qui est victime, selon nous, des fautes hygiéniques commises par les parents, avant, pendant et après l'éruption morbilleuse. Nous avons été très ému, à la vue de ce pauvre petit être, couché sur un grabat, dans une très petite chambre obscure, humide, provoquant des nausées par l'odeur de moisissure qu'elle dégageait.

Nous avons la conviction que nous aurions pu, par nos prescriptions hygiéniques, disputer à la mort ce pauvre innocent, si les parents nous avaient mandé en temps utile.

Nous avons failli avoir à déplorer un autre décès, par complication intestinale aussi, chez un garçonnet de 6 ans (observation X), la responsabilité aurait incombé tout entière à la famille imprudente, qui, foulant aux pieds nos recommandations, avait alimenté son enfant trop tôt avec des sucreries, du ragoût de pommes de terre, etc.

Le génie épidémique, doit, nous n'en doutons pas, avoir tout l'honneur de la bénignité de l'épidémie, mais nous croyons y avoir contribué un tout petit peu, par l'observation rigoureuse des règles de l'hygiène et la pratique de l'antisepsie des cavités buccales, nasales, etc.

Ces cavités sont regardées, depuis quelque temps, comme des laboratoires où les microorganismes s'exercent à la préparation des complications de toute nature, qu'il s'agisse de fièvres éruptives ou autres.

Sauf quelques-unes, qui relèvent certainement du terrain individuel, affaibli par une maladie quelconque, coqueluche, rachitisme, etc., les complications que nous avons relatées et que nous n'avons pu éviter, sont toutes tributaires de fautes hygiéniques, d'imprudences, ou de l'encombrement. Pourtant, ce cas de rougeole sans catarrhe, qui fait l'objet de notre observation VII, nous incite à être tant soit peu indulgent à l'égard de l'encombrement. Il n'a pas ici exulté la virulence des germes pathogènes qui passent d'un enfant à un autre.

Nous aurions cru, avec Sanné et d'Espine, que ce cas-là était une simple roséole (roséole de Trousseau), si nous ne l'avions pas observé au cours d'une épidémie, sur un sujet qui a été exposé à la contagion.

Nous n'avons pas observé un seul cas d'otite, de muguet, de vulvite, etc.

Nous avons été frappé par l'apparition d'un cas de rougeole ecchymotique, que nous mettons sur le compte du rachitisme et de l'affaiblissement du jeune malade. Nous savons combien ces cas sont rares ; M. le docteur Coste, médecin des hôpitaux de Marseille, nous dit en avoir vu un seul cas dans toute sa carrière.

A la période d'invasion, nous avons eu à noter la fré-

quence des épistaxis. Nous évaluons à 15 à 20 le nombre des cas dans lesquels nous l'avons observée.

La convalescence ne nous a offert à signaler aucun cas d'impétigo, poussées de furoncles, abcès sous-cutanés ou autres, ni diphtérie secondaire, si fréquente dans les cas de rougeole hospitalisés.

Dans notre observation III, nous relatons un cas de méningisme, survenu chez un enfant de 8 ans, un mois et demi après la guérison de la rougeole dont il avait été atteint.

Rendrons-nous ici la rougeole responsable de ces accidents nerveux, ou bien accuserons-nous simplement le froid ? Nous ne sommes pas en mesure de résoudre cette question.

Nous terminerons ce chapitre en disant que la rougeole a laissé, chez certains petits enfants, une faiblesse générale, anémie, etc., que nous avons dû soigner pendant longtemps.

HYGIÈNE RURALE

Nous trouvant dans l'impossibilité de réaliser à la campagne une prophylaxie sérieuse avant l'éruption, et même pendant et après, nous demanderons à l'hygiène au moins un préservatif contre les maladies générales, fièvre typhoïde ou autre, qui, en débilitant l'organisme, rendront celui-ci apte aux complications de la rougeole.

Le docteur Barrette, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Caen, dans ses excellentes conférences populaires, qu'il fit dans cette ville en 1896, nous semble avoir résolu la question de l'hygiène rurale.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer ses propres termes, qui traduisent parfaitement nos desiderata :

« Les détritus organiques, immondices, eaux ménagères ne doivent jamais, dit-il, séjourner dans une habitation bien tenue. Ils ne doivent pas former de dépôt dans les cours et sur le sol des rues. A la campagne, ils seront déposés dans une fosse spéciale. Les cabinets d'aisances doivent être tenus dans la plus rigoureuse propreté, lavés à grand eau, bien aérés, munis de portes fermant bien. Dans les campagnes, que jamais les fumiers ne souillent la cour commune, et surtout qu'on n'y projette jamais les déjections et produits des maladies contagieuses.

» Rappelons encore la nécessité d'un bon nettoyage

répété des cours, des passages, des rues, et le curage des ruisseaux au commencement de l'hiver.

» Il faut d'abord que tous y mettent bonne volonté et persévérance. Il faut que la famille ouvrière comprenne bien l'utilité absolue des règles de l'hygiène ; qu'elle surveille avec amour la propreté de ses logements. La santé, l'union, le bien être seront les résultats de ces soins donnés aux habitations. C'est là souvent le beau rôle de la femme ; elle doit être l'ange du foyer aussi bien dans la maison du travailleur que dans celle du riche.

» Qu'elle sache bien que les soins qu'elle donnera à son modeste logis, en le rendant propre et agréable seront souvent le vrai et le sûr moyen d'y retenir son mari et ses enfants.

» Il faut, en second lieu, que ceux qui logent l'ouvrier y mettent sollicitude, attention et bienveillance. Ils doivent y voir autre chose qu'une spéculation. Malheureusement, il y a de mauvais propriétaires, pour qui les choses de l'hygiène et de la santé des ouvriers qu'ils logent sont le moindre des soucis.

» En troisième lieu, il faut que les Sociétés philantropiques agissent par la persuasion, l'appui matériel et moral, les bons conseils, une surveillance paternelle et éclairée. Et enfin, nous souhaitons que les municipalités s'intéressent aux vrais intérêts des classes laborieuses.

» Elles ont le pouvoir et le devoir, d'après la loi de 1848 et de 1850, de créer des commissions d'hygiène, de surveiller les logements insalubres, de prescrire les mesures d'assaissinement, et les réformes utiles. Les commissions municipales d'hygiène ont le droit, qu'on ne l'oublie pas, de proscrire l'accès des locaux ou des habitations insalubres, de faire résilier les baux de ces logements.

» Nous demandons, au nom de la santé et de l'hygiène

publique, qu'elles agissent, et qu'elles fassent plier les résistances ignorantes et les mauvaises volontés routinières.

» A ce prix, on arrivera à avoir une population saine, forte, aimant son foyer, le travail et la Patrie. La maladie fera moins de victimes, la vie utile sera plus longue, la santé et l'industrie nationale seront plus prospères ».

Verronneau, dans sa thèse inaugurale, Paris 1898, s'est occupé de la question des logements insalubres, et conclut en disant que :

» 1° C'est une erreur d'avoir remis la législation de l'hygiène intérieure aux mains des municipalités : elles sont généralement trop faibles, trop indolentes, et bien souvent, il faut le dire, trop ignorantes de la loi pour qu'on puisse attendre un bon effet de leur intervention ;

» 2° En demandant la réforme des nomenclatures qui ne prévoient pas la rougeole comme maladie contagieuse ».

Les logements insalubres, ainsi que disait M. Walewski, sont de véritables laboratoires de la maladie, de la misère, et souvent du vice et du crime.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre travail, nous tirons les conclusions suivantes :

1° La rougeole, maladie bénigne en général, aime l'hygiène; elle pourra devenir virulente, sévère lorsqu'elle rencontrera un milieu insalubre, encombré, un organisme débilité ;

2° La rougeole est une maladie très souvent meurtrière, et son pouvoir contagieux est plus étendu qu'on ne le croit généralement ;

3° Les rechutes existent dans la rougeole, comme dans fièvre typhoïde ;

4° La thérapeutique dans la rougeole doit être aussi simple que possible, et consister surtout, dans les cas normaux, dans l'observation des règles de l'hygiène, aération et propreté ;

5° Les bains chauds à une température de 38°, d'une durée de 7 à 8 minutes, rendront des services en cas d'hyperthermie, d'excitabilité nerveuse, complications intestinales, et toutes les fois qu'il s'agira de révulser, de dériver à la périphérie le principe morbilleux concentré dans les organes splanchniques, en un mot, toutes les

fois qu'il s'agira de favoriser ou de rappeler l'éruption qui se fait difficilement ou qui aura disparu ;

6° Le régime lacté sera prescrit pendant toute la durée de la maladie, et on ne permettra l'alimentation solide qu'après examen de l'urine qui sera négative, et la sortie au grand air que quinze jours après la disparition de l'exanthème ;

7° Le lavage systématique des cavités buccales et nasales, de la vulve, etc., au moyen de liquides antiseptiques, plusieurs fois par jour, enrayera souvent les complications redoutables de la rougeole ;

8° Il sera utile de prendre après la rougeole les mesures de désinfection obligatoires pour les autres maladies contagieuses.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 14 mars 1900
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 14 mars 1900.
Le Doyen,
L. VIALLETON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arnozan. — Une épidémie de rubéole. *J. de méd. de Bordeaux,* 15 décembre 1889.

Bard. — *Lyon-Médical,* 1889.

Bourneville et Bricon. — Roséole idiopathique. *Progr. méd.,* 1884.

Catrin. — Un cas de contagion de rougeole après la période éruptive. (Société méd. des Hôpitaux, 14 mai 1897).

Chedevergne. — Epidémie de rougeole de Poitiers, 1887. *Revue gén. de clinique et de thérapeutique,* 1887, n° 38-39.

Comby. — Société clinique de Paris, 1886.

Comby. — La rougeole. *Méd. mod.,* 1892, t. VI, 397-400.

Comby. — A propos des rechutes et récidives de la rougeole (Société méd. des Hôpitaux, 10 janvier 1896).

Comby. — Note sur l'énanthème buccal de la rougeole (Société méd. des Hôpitaux, 10 janvier 1896).

Cornil et Babès. — Les Bactéries. 3e éd., 1890.

Crozen et Griffith. — Th. méd. Rec., juillet 1887.

Dechambre. — Dict. usuel des Sciences méd., art. *Rougeole.*

Dechaut. — Thèse Paris, 1842.

D'Espine. — Dict. de méd. et de chirurgie, art. *Rougeole.*

Delastre. — Thèse Paris, 1883.

Emminghaus. — Gerhardt's-Handbuch II, art. *Roetheln.*

Feltz. — Recherches de la rougeole. *Gaz. hebd.,* Paris, 18 octobre 1897.

Gazette hebdomadaire de 1861.

Girard. — *Bull. de la Société méd. des Hôpitaux de Paris,* 1869.

Girode. — *In* Traité de méd. et de thérap. Paris, 1895, t. I.

Grèzes. — L'antisepsie méd. dans le pavillon de rougeole à l'Hospice des Enfants-Assistés, en 1895 (Thèse de Paris).

Harvey. — Méningite compl. de la rougeole. *J. ann. méd. ass.*, 4 décembre 1898.

Henriquez. — Eng. gangl. de la rougeole. Thèse Paris, 1891.

Hutinel. — *Méd. mod.*, janvier-février 1890.

Labadie. — Thèse Montpellier, 1881.

Lecorché et Talamon. — Etudes médicales, 1881. Pag. 604.

Lop. — Réinfect. morb. *Rev. des malad. de l'enfance*, novembre 1897.

Lovy. — Exanthème rubéoliforme du début de la fièvre thyphoïde.

Maurin. — Thèse Montpellier, 1896.

Mercier. — Sur la contagion de la rougeole. *Gaz. heb.*, Paris, 24 octobre 1891.

Morel. — Broncho-pneumonie consécutive à la rougeole. *Bull. de la Société anatomique*, 1893, n° 13.

Morton. — *Opera medica*, 1718.

Mosny. — Etude sur la broncho-pneumonie. Th. de Paris, 1891.

Périer. — *Guide hygiénique*. La première enfance, 1891.

Puech. — Thèse Montpellier, 1883.

Rehn. — Eine Rubeolen Epidémie. *Jahrb. f. Kinderh.*, XXIX, 3 et 4.

Remignard. — Thèse de Paris, 1896. Rechutes et récidives de la rougeole.

Renard. — Rougeole contagieuse pendant la convalescence. *Société méd. des Hôpitaux*, 21 mai 1897.

Revue mens. des mal. de l'enfance, août 1898.

Rilliet et Barthez. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, 1843.

Rosen. — Traité des maladies des enfants, trad. du suédois par Le Febvre de Villebrun, Paris, 1778.

Sanné. — Art. *rougeole* du *Diction. encycl. des sciences médicales*.

Semaine Médicale, années 1895-1896-1897-1898-1899-1900,

Sevestre. — Etudes cliniques. Paris, 1890 et *Progr. méd.*, 1889-1890.

Société médicale des Hôpitaux, 27 décembre 1895.

— — novembre 1899.

Sudour. — Sur la contagion de la rougeole. *Arch. de méd. militaire*, janvier 1892.

Talamon. — *Méd. mod.*, 1890. Rash ortié dans la rougeole.

Thomas. — *Jiemssen's Handb der Pathol.*, II, 2.

Traité de médecine, Charcot et Bouchard, art. *Rougeole,* t. II.
Trousseau. — *Cliniques médicales,* t. I et II.
Tschamer. — *Jahrb. f. Kinderh.,* XXIX, p. 372, 1889.
Vallat. — Thèse de Paris, 1898. Traitement de la rougeole.
Verronneau. — Thèse de Paris, 1898.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !